.ANEXO

INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y DE BENEFICIARIO CUENTA
Si es persona natural diligencie los puntos 1, 4 y 5

1

N° REGISTRO TERCERO: _____
Para uso del contratante

1. INFORMACION BASICA

Persona Natural: [ ] Persona Jurídica: [X] Consorcio o UT [ ]

Razón Social o Nombre completo (de acuerdo como aparece en el Certificado de Cámara y Comercio y RUT para personas jurídicas, o en la Cédula de Ciudadanía para personas naturales)

A	M	B	U	L	A	N	C	I	A	S			D	E	L			L	L	A	N	O		S	A	S

NIT [x] Cédula de Ciudadanía [ ] Otros [ ] Cual? _____

8	2	2	0	0	7	8	3	7	-	**DV**	1

Si es cedula fecha de expedición: [ ]

País: COLOMBIA Ciudad: VILLAVICENCIO

Dirección: CRA 40 33 20 BARRIO BARZAL

Teléf / Fax(s): 3183399818 | 6086611612 | Fax:

Dirección Electrónica: www.ambulanciasdelllano.com

Si tiene registro en Cámara de Comercio conteste el siguiente punto:

Cámara de Comercio de: VILLAVICENCIO
Ciudad

Matricula Mercantil Nº: 117456

2. INFORMACION GENERAL

Tipo de Organización Empresarial: SAS

Si es sociedad anónima, limitada, en comandita simple ó por acciones, unipersonal etc.

Entidad en Proceso de Liquidación:

SI	
NO	X

Tipo de Capital:

Mixto	
Privado	X
Público	

Solo si es entidad de patrimonio mixto conteste el siguiente punto:

Porcentaje de Participación:

Privado	%
Publico	%
Total	%

Si es entidad Pública

Tipo de Entidad Pública:

EICE, Economía Mixta, estapúblico etc.

Orden de la Entidad Pública:

Nacional, Distrital, Departamental etc.

Tipo Administración:

Central ó Descentralizada

Código de Consolidación:

3. INFORMACION TRIBUTARIA.

8699

Código CIIU:

Entidad de Vigilancia Y Control que supervisa la Actividad: SUPERSALUD

Tipo de Responsabilidad Tributaria

ICA	x
IVA	
RENTA	x
TIMBRE	

Régimen Tributario:

(si es Gran Contribuyente o Autorretenedor Indique el número de resolución de la DIAN y la fecha)

Régimen Tributario: Común: x Simplificado: Persona Natural:

Autorretenedor: SI NO x Número de Resolución DIAN

Gran Contribuyente: SI NO x Número de Resolución DIAN

Entidad Sin Animo de Lucro: SI NO x

Régimen Tributario de Impuestos Distritales:

Actividad (es) Económica(s)	8699	Número de Código	6	%X 1.000
		Número de Código		
		Número de Código		

4. INFORMACIÓN DE LA CUENTA ENTIDAD FINANCIERA (autorizo para que los pagos se realicen mediante consignación o abono en cuenta, acorde con la siguiente información)

Entidad Bancaria: DAVIVIENDA

Sucursal: CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA Ciudad: VILLAVICENCIO

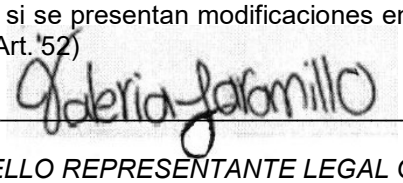
Cuenta: Ahorros [ ] Corriente [X] Nacional [ ] Extranjera [ ]

Número	3	1	3	0	1	9	5	2	**3**							

5. INFORMACION JURIDICA

Endosos : SI [ ] NO [X] Embargos: SI [ ] NO [X]

Certifico que los datos anteriormente relacionados son fidedignos, por lo cual podrán ser utilizados en los contratos que celebre con el Consejo Superior de la Judicatura. Igualmente me comprometo a actualizar la información, si se presentan modificaciones en cualquiera de los datos suministrados. (Ley 80 de 1993, num. 7° Art. 26 y Art. 52)



FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATISTA

NOMBRE	***VALERIA JARAMILLO GARZON***
C.C.	***1.006.877.027***
Fecha Expedición	***14/04/2025***